

অংশ 'ক'

সেকশন-১ : সামাজিক ও পুনর্বাসন						কোড								
১.	জন্মতারিখ (খ্রিস্টাব্দে), বয়স (পূর্ণ বছরে) ও জন্মস্থান (জন্মতারিখ পাওয়া না গেলে বয়স লিখতে হবে)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>বয়স :</td> <td>বছর</td> <td>জন্মস্থান :</td> </tr> </table>							বয়স :	বছর	জন্মস্থান :			
			বয়স :	বছর	জন্মস্থান :									
২.	পরিবারের সদস্য সংখ্যা	<table border="1"> <tr> <td>পুরুষ</td> <td></td> <td>মহিলা</td> <td></td> <td>হিজড়া</td> <td></td> <td>মোট</td> <td></td> </tr> </table>				পুরুষ		মহিলা		হিজড়া		মোট		
পুরুষ		মহিলা		হিজড়া		মোট								
৩.	লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> ১ পুরুষ <input type="checkbox"/> ২ মহিলা <input type="checkbox"/> ৩ হিজড়া												
৪.	বৈবাহিক অবস্থা	<input type="checkbox"/> ১ অবিবাহিত <input type="checkbox"/> ২ বিবাহিত <input type="checkbox"/> ৩ তালাকপ্রাপ্ত <input type="checkbox"/> ৪ বিধবা <input type="checkbox"/> ৫ বিপত্নীক <input type="checkbox"/> ৬ বহুবিবাহ <input type="checkbox"/> ৭ স্বামী/স্ত্রী বিচ্ছিন্ন												
৫.	ধর্ম	<input type="checkbox"/> ১ ইসলাম <input type="checkbox"/> ২ হিন্দু <input type="checkbox"/> ৩ বৌদ্ধ <input type="checkbox"/> ৪ খ্রিস্টান <input type="checkbox"/> ৫ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)												
৬.	আবাসস্থলের অবস্থান (এলাকা)	<input type="checkbox"/> ১ গ্রাম <input type="checkbox"/> ২ শহর <input type="checkbox"/> ৩ বস্তি												
৭.	আবাসস্থলের অবস্থান (ভৌগোলিক)	<input type="checkbox"/> ১ সমতল <input type="checkbox"/> ২ হাওড় <input type="checkbox"/> ৩ উপকূল <input type="checkbox"/> ৪ চর <input type="checkbox"/> ৫ পাহাড় <input type="checkbox"/> ৬ বন <input type="checkbox"/> ৭ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন).....												
৮.	শিক্ষাগত অবস্থা (স্তরভিত্তিক সমমান প্রযোজ্য)	<input type="checkbox"/> ১ নিরক্ষর <input type="checkbox"/> ২ সাক্ষরজ্ঞান <input type="checkbox"/> ৩ পিএসসি/৫ম শ্রেণি <input type="checkbox"/> ৪ জেএসসি/৮ম শ্রেণি <input type="checkbox"/> ৫ এসএসসি <input type="checkbox"/> ৬ এইচএসসি <input type="checkbox"/> ৭ স্নাতক <input type="checkbox"/> ৮ স্নাতকোত্তর <input type="checkbox"/> ৯ বিশেষ শিক্ষা <input type="checkbox"/> ১০ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)												
৯.	প্রতিবন্ধিতার কারণ	<input type="checkbox"/> ১ জন্মগত <input type="checkbox"/> ২ দুর্ঘটনা <input type="checkbox"/> ৩ অসুস্থতা <input type="checkbox"/> ৪ ভুল চিকিৎসা <input type="checkbox"/> ৫ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)												
১০.	নির্ধাতনের বিবরণ (প্রযোজ্যক্ষেত্রে উত্তর একাধিক হতে পারে)	<input type="checkbox"/> ১ হয়নি <input type="checkbox"/> ২ শারীরিক <input type="checkbox"/> ৩ মানসিক <input type="checkbox"/> ৪ যৌন <input type="checkbox"/> ৫ সামাজিক <input type="checkbox"/> ৬ টিজিং <input type="checkbox"/> ৭ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)												
১১.	সরকারি/বেসরকারি সেবা বা সুবিধাপ্রাপ্তির বিবরণ (প্রযোজ্যক্ষেত্রে উত্তর একাধিক হতে পারে)	<input type="checkbox"/> ১ পায়নি <input type="checkbox"/> ২ প্রতিবন্ধীভাতা <input type="checkbox"/> ৩ উপবৃত্তি <input type="checkbox"/> ৪ ক্ষুদ্রঋণ <input type="checkbox"/> ৫ প্রশিক্ষণ <input type="checkbox"/> ৬ সহায়ক উপকরণ <input type="checkbox"/> ৭ পুনর্বাসনভাতা <input type="checkbox"/> ৮ স্বাস্থ্যসেবা <input type="checkbox"/> ৯ কাউন্সেলিং <input type="checkbox"/> ১০ পুনর্বাসনসেবা <input type="checkbox"/> ১১ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন)												
১২.	ছিন্নমূল/ভাসমান কি? (উত্তর 'হ্যাঁ' হলে ১৩ নং প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়)	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না	কোড	ক্রম	প্রশ্ন	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না								
১৪.	বংশে আর কোনো প্রতিবন্ধীব্যক্তি আছে কি?	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না		১৩.	নিজস্ববসতবাড়ি/জমি/সম্পত্তি আছে কি?	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না								
১৬.	অন্যের ওপর নির্ভরশীল কি?	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না		১৫.	কোনো সমিতি/সামাজিক সংগঠন/প্রতিবন্ধী সংগঠনের সদস্য কি?	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না								
				১৬.	সমাজসেবা অধিদপ্তরের প্রতিবন্ধীসনদ পেয়েছে কি?	<input type="checkbox"/> ১ হ্যাঁ <input type="checkbox"/> ২ না								
সেকশন-২: পেশা ও আয়														
১৮.	পেশা/বৃত্তি/জীবিকা	<input type="checkbox"/> ১ প্রযোজ্য নয় <input type="checkbox"/> ২ কৃষি <input type="checkbox"/> ৩ ব্যবসা <input type="checkbox"/> ৪ সরকারি চাকুরি <input type="checkbox"/> ৫ বেসরকারি চাকুরি <input type="checkbox"/> ৬ শিক্ষকতা <input type="checkbox"/> ৭ চিকিৎসা <input type="checkbox"/> ৮ প্রকৌশল <input type="checkbox"/> ৯ আইন <input type="checkbox"/> ১০ গৃহকর্ম <input type="checkbox"/> ১১ দিনমজুর <input type="checkbox"/> ১২ ভিক্ষাবৃত্তি <input type="checkbox"/> ১৩ শিল্পী <input type="checkbox"/> ১৪ বেকার <input type="checkbox"/> ১৫ লেখাপড়া <input type="checkbox"/> ১৬ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন).....				মূল পেশা								
১৯.	বার্ষিক আয়	<input type="checkbox"/> ১ প্রযোজ্য নয় <input type="checkbox"/> ২ নাই <input type="checkbox"/> ৩ টা. ২৪,০০০ এর নিচে <input type="checkbox"/> ৪ টা. ২৪,০০০- ৪৮,০০০ <input type="checkbox"/> ৫ টা. ৪৮,০০০-৭২,০০০ <input type="checkbox"/> ৬ টা. ৭২,০০০-১,০৮,০০০ <input type="checkbox"/> ৭ টা. ১,০৮,০০০-২,৪০,০০০ <input type="checkbox"/> ৮ টা. ২,৪০,০০০ এবং তদূর্ধ্ব				অন্য পেশা								

সেকশন-৩ : প্রতিবন্ধিতাবিষয়ক

ক্রম	প্রশ্ন	কোড	ক্রম	প্রশ্ন	কোড
২০.	চোখে দেখতে অসুবিধা হয় কি? (উত্তর 'না' হলে ২১ নং প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়)	১ হ্যাঁ ২ না	২১.	চশমা থাকা সত্ত্বেও চোখে দেখতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
২২.	অন্যদের তুলনায় দিনে বা রাতে দেখতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	২৩.	কানে শুনতে অসুবিধা হয় কি? (উত্তর 'না' হলে ২৪ নং প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়)	১ হ্যাঁ ২ না
২৪.	হিয়ারিং এইড থাকা সত্ত্বেও কানে শুনতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	২৫.	হাঁটতে বা পদক্ষেপ নিতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
২৬.	শারীরিক পরিচ্ছন্নতা বা পোষাক পরিধানে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	২৭.	হাঁটা বা হাত ঘোরানোর সময় হাত বা পা'য়ে দুর্বলতা বা জড়তাবোধ হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
২৮.	সমবয়সী অন্যদের তুলনায় সবকিছু শিখতে বুঝতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	২৯.	অন্যদের তুলনায় বসতে, দাঁড়াতে বা হাঁটতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৩০.	অস্তিত্ব নেই এমন কোনো আওয়াজ শুনতে বা কিছু দেখতে পায় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৩১.	অমূলক বা অজানা ভয়ের কারণে নিজেকে গুটিয়ে রাখে বা ক্ষিপ্ত হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৩২.	কথা বুঝতে অসুবিধা বা বিলম্ব হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৩৩.	চেহারা বা শারীরিক গঠন দেখে ভিন্ন রকম মনে হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৩৪.	কথায় বা আচরণে মনের ভাব প্রকাশ করতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৩৫.	চোখে চোখে তাকায় কি? (Eye Contact)	১ হ্যাঁ ২ না
৩৬.	একা থাকার প্রবণতা রয়েছে কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৩৭.	কোনো খেলনা বা জিনিস নিয়ে কল্পনামূলক খেলা খেলতে অসুবিধা হয় কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৩৮.	কোনো কারণ ছাড়াই রেগে যায় বা ধ্বংসাত্মক কাজ করে কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৩৯.	যেখানে সেখানে প্রস্রাব পায়খানা করে অস্বস্তিকর অবস্থা তৈরি করে কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৪০.	একই কথা বারবার বলে কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৪১.	ঘুমের সমস্যা রয়েছে কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৪২.	নিজেকে বা অন্যকে আঘাত করে কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৪৩.	একা একা হাসি/ কান্না করে কি?	১ হ্যাঁ ২ না
৪৪.	পুনরাবৃত্তিমূলক আচরণ (যেমন অনবরত দুই হাত নাড়ানো, মাথা দোলানো) করে কি?	১ হ্যাঁ ২ না	৪৫.	ফিট বা শক্ত হয়ে যাওয়া বা মৃগী রোগ (Epilepsy) আছে কি?	১ হ্যাঁ ২ না

ধৈর্য সহকারে সাক্ষাৎকার প্রদানের জন্য আপনাকে ধন্যবাদ।

এ ফরমে বর্ণিত তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সম্পূর্ণ সত্য।

প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে, যথাযথভাবে সাক্ষাৎকার গ্রহণ সম্পন্নক্রমে প্রতিটি অংশের তথ্য সঠিকভাবে লিখা হয়েছে।

.....
প্রতিবন্ধীব্যক্তির স্বাক্ষর/টিপসহি

তথ্যসংগ্রহকারীর স্বাক্ষর

.....
তথ্যসংগ্রহকারীর নাম

.....
পদবী

.....
তথ্যদাতার স্বাক্ষর/টিপসহি

.....
তত্ত্বাবধানকারীর স্বাক্ষর

.....
তত্ত্বাবধানকারীর নাম

.....
পদবী

অংশ 'খ'																	
[ডাক্তার/কনসালট্যান্ট কর্তৃক সেকশন-৩ এর প্রতিবন্ধিতাবিষয়ক প্রশ্নমালা এবং প্রতিবন্ধীব্যক্তিকে যথাযথ পর্যবেক্ষণ ও প্রযোজ্যক্ষেত্রে Detection equipment এর মাধ্যমে পরীক্ষান্তে প্রতিবন্ধিতার ধরন শনাক্ত ও মাত্রা নিরূপণ করে কোড লিখতে হবে]																	
ক্রম	কোড																
৪৬. প্রতিবন্ধিতার ধরন কোড ১১ (বহুমাত্রিকপ্রতিবন্ধী) হলে ৪৮-এ নির্দিষ্ট করতে হবে	<input type="checkbox"/> ০১ অটিজম <input type="checkbox"/> ০২ শারীরিক প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৩ দীর্ঘস্থায়ী মানসিক অসুস্থতাজনিত প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৪ দৃষ্টি প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৫ বাক প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৬ বুদ্ধি প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৭ শ্রবণ প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৮ শ্রবণদৃষ্টি প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ১০ সেরিব্রালপালসি <input type="checkbox"/> ১১ বহুমাত্রিক প্রতিবন্ধিতা <input type="checkbox"/> ০৯ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন).....																
৪৭. প্রতিবন্ধিতার মাত্রা	<input type="checkbox"/> ১ মৃদু <input type="checkbox"/> ২ মাঝারি <input type="checkbox"/> ৩ তীব্র																
৪৮. বহুমাত্রিক/একাধিক প্রতিবন্ধিতার ক্ষেত্রে ধরন ও মাত্রার কোড নির্দিষ্ট করুন	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ধরন</th> <th>মাত্রা</th> <th>ধরন</th> <th>মাত্রা</th> <th>ধরন</th> <th>মাত্রা</th> <th>ধরন</th> <th>মাত্রা</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা								
ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা	ধরন	মাত্রা										
৪৯. প্রতিবন্ধীব্যক্তির জন্য কোন ধরনের সহায়তা প্রয়োজন (প্রযোজ্যক্ষেত্রে উত্তর একাধিক হতে পারে)	<input type="checkbox"/> ১ প্রয়োজন নেই <input type="checkbox"/> ২ লাঠি <input type="checkbox"/> ৩ সাদাছড়ি <input type="checkbox"/> ৪ হুইল চেয়ার <input type="checkbox"/> ৫ ট্রাই সাইকেল <input type="checkbox"/> ৬ ক্র্যাচ <input type="checkbox"/> ৭ ট্রলি <input type="checkbox"/> ৮ ওয়াকার <input type="checkbox"/> ১০ কৃত্রিম পা <input type="checkbox"/> ১১ বিশেষজ্ঞতা <input type="checkbox"/> ১২ কৃত্রিম হাত <input type="checkbox"/> ১৩ শ্রবণযন্ত্র <input type="checkbox"/> ১৪ সাদা/কালো চশমা <input type="checkbox"/> ১৫ আতশীকাঁচ <input type="checkbox"/> ৯ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন).																

জরিপে অন্তর্ভুক্ত ব্যক্তিকে পরীক্ষা করা হয়েছে। তার রক্তের | তিনি প্রতিবন্ধী এবং তার প্রতিবন্ধিতার মাত্রা মর্মে প্রত্যয়ন করলাম।

শনাক্তকারী ডাক্তার এর স্বাক্ষর

রেজিস্ট্রেশন নম্বর.....

নাম

ইংরেজিতে.....

সীল.....

অংশ 'গ'	
[ছবিসহ পরিচয়পত্র প্রদানের লক্ষ্যে শনাক্তকারী ডাক্তার/কনসালট্যান্ট কর্তৃক প্রতিবন্ধিতা শনাক্তকরণের পর ছবি তুলতে হবে]	
প্রতিবন্ধীব্যক্তির নাম	: ফরম নম্বর : ছবি নম্বর :
ছবি তোলা কেন্দ্র	: তারিখ : সময় :
ফটোগ্রাফারের নাম	: স্বাক্ষর :
ডাটা এন্ট্রিকারীর নাম	: স্বাক্ষর :

অংশ 'ঘ' (অফিস কর্তৃক পূরণীয়)

সমাজসেবা অফিসারের স্বাক্ষর ও নামসহ সীল

প্রতিবন্ধীব্যক্তির মৃত্যুর তারিখ (তালিকা হালনাগাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)	:
---	---------